

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Coimbra, Cidade Amiga da(s) Idade(s)

Perceção da cidade e qualidade de vida nos idosos conimbricenses

Nuno Emanuel Branquinho Moutinho Marques de Paiva

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



Coimbra, Cidade Amiga da(s) Idade(s)
Perceção da cidade e qualidade de vida nos idosos conimbricenses

Nuno Emanuel Branquinho Moutinho Marques de Paiva

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicoterapia e Psicologia Clínica
Elaborada sob a orientação do Professor Doutor Henrique Vicente

Coimbra, fevereiro de 2015

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A crescente urbanização e envelhecimento demográfico são tendências globais e nacionais. Nesse sentido, torna-se relevante que as cidades desenvolvam e adotem medidas para a promoção de um envelhecimento ativo, que se reflitam num aumento da qualidade de vida (QdV). Foram definidos os seguintes objetivos: adaptação da Lista de Verificação de Caraterísticas Fundamentais das Cidades Amigas do Idoso (OMS, 2007) como instrumento quantitativo para medição do índice de satisfação com diferentes dimensões da cidade; estudar o grau em que Coimbra é uma "cidade amiga do idoso" e a sua relação com determinadas variáveis sociodemográficas; identificar as dimensões da cidade que se relacionam com a QdV dos idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS: Fizeram parte do estudo 215 idosos de várias freguesias de Coimbra, com idades compreendidas entre 60 e 90 anos ($m=71,03$; $dp=6,97$). A amostra é não probabilística, por conveniência e método bola de neve, predominantemente feminina (66%), casada (56%), reformada (86%), com suficiente (46%) perceção de saúde. Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados pessoais, a adaptação da Lista de Verificação de Caraterísticas Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas e o WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2007).

RESULTADOS: A Lista de Verificação de Caraterísticas Fundamentais das Cidades Amigas do Idoso apresenta boas caraterísticas psicométricas, mas foi percecionada como de difícil resposta. Em Coimbra, os domínios "Serviços Comunitários e de Saúde" e "Transportes" obtiveram os níveis de satisfação mais elevados, e a "Habitação" e "Participação Cívica e Emprego" os mais baixos, sendo "Serviços Comunitários e de Saúde" e "Habitação" os que mais se correlacionaram com a QdV.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Observa-se a perceção que os idosos têm de Coimbra e também quais as dimensões da cidade que apresentam relações significativas com a QdV. A satisfação com os "Serviços Comunitários e de Saúde" sinaliza um aspecto positivo da cidade a manter, enquanto o domínio "Habitação" foi identificado como área passível de melhorias e intervenção, cujos efeitos se podem repercutir num aumento da QdV. Sugere-se a (re)construção do questionário de avaliação da cidade, através da redução dos itens e sua reformulação, e alteração da escala de Likert.

Palavras-Chave: Coimbra; Qualidade de Vida; Cidade Amiga dos Idosos; Idosos; Envelhecimento Ativo

ABSTRACT

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: urbanization and demographic ageing are global and national phenomena of increasing relevance. Therefore, it is important for cities to develop and adopt measures that promote active ageing, which could translate into an augment of quality of life (QoL). The following objectives were defined: adapting the Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities (WHO, 2007), as a quantitative instrument to measure satisfaction levels with different city dimensions; study to what extent is Coimbra an "age friendly city" and its relation with socio-demographic variables; identify the city's dimensions that are correlated with elderly QoL.

METHODS: The study comprehended 215 elderly, residents of various Coimbra parishes, with ages between 60 and 90 years old ($m=71,03$; $sd=6,97$). It's a non-probabilistic sample, obtained by convenience and snowball method, predominantly female (66%), married (56%), retired (86%) and with a perception of sufficient (46%) health. The instruments used were a personal information questionnaire, the adaptation of the Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities and the Portuguese version of the WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2007).

RESULTS: The Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities presented good psychometric characteristics, but it was perceived as difficult to answer. In Coimbra, the "Community and Health Services" and "Transportation" domains obtained the highest satisfaction levels, "Housing" and "Civic Participation and Employment" the lowest, being "Community and Health Services" and "Housing" the ones that correlate most with QoL.

DISCUSSION/CONCLUSION: This study allowed, not only to address the Coimbra elders perception of the city, but also which city domains present the most significant relations with QoL. The satisfaction with "Community and Health Services" flags a positive aspect of the city to maintain, while the "Housing" domain was identified as a possible area of intervention and improvement, whose outcomes could translate into an increase of QoL. The author suggests the (re)construction of the questionnaire that evaluates the city, with fewer and reformulated items, as well as a different Likert scale.

Key-Words: Coimbra; Quality of Life; Age-friendly City; Elders; Active Ageing

Agradecimentos

À minha família, por acreditar sempre em mim.

Aos meus amigos, que me motivaram e apoiaram nos momentos mais difíceis.

Aos meus professores, pelos ensinamentos e paciência.

A todos, por contribuírem para tudo aquilo que sou hoje.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENVELHECIMENTO ACTIVO E QUALIDADE DE VIDA	2
CIDADES AMIGAS DOS IDOSOS	6
COIMBRA, QUALIDADE DE VIDA E CIDADES AMIGAS DOS IDOSOS	11
MATERIAIS E MÉTODOS	13
Procedimentos	13
Instrumentos	14
<i>Questionário de dados pessoais</i>	14
<i>WHOQOL-Bref</i>	14
<i>Lista de Verificação de Caraterísticas Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (adaptação)</i>	15
Participantes	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
CONCLUSÕES	31
BIBLIOGRAFIA	33
APÊNDICES E ANEXOS	40

INTRODUÇÃO

A necessidade de ter em conta a ligação entre população e seu meio ambiente na promoção de saúde, dimensão essencial para a qualidade de vida, é referida na Carta de Ottawa (1986), especialmente na área da urbanização. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe uma tendência global para a urbanização e para o envelhecimento da população dos diversos países. Concomitantemente ao crescimento das cidades aumenta o número de idosos, estimando-se que em 2050 a população terá mais idosos que crianças (WHO, 2007). Em Portugal, as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014) para o período 2012-2060 estimam uma diminuição de pessoas em idade laboral (149 pessoas por 100 idosos) e envelhecimento demográfico (307 idosos por cada 100 jovens).

Tendo em conta esta realidade sociodemográfica, emerge a necessidade das cidades desenvolverem e adotarem medidas para a promoção de um envelhecimento ativo, sendo este trabalho, não voltado exclusivamente para os idosos, mas para toda a população. Promover o envelhecimento ativo é, neste sentido, promover a qualidade de vida de todos (WHO, 2007), sendo a solidariedade intergeracional um aspeto social importante (WHO, 2002). Da mesma forma, a qualidade de vida é um tema de crescente relevância nas políticas de planeamento de gestão do território, em particular nas cidades (Santos, Martins & Brito, 2004).

É num contexto sociodemográfico pontuado pelo envelhecimento da população e pelo reconhecimento da conexão entre meio ambiente e envelhecimento ativo, que foi promovido pela OMS, em várias cidades do mundo, o projeto *Age Friendly Cities*. Inicialmente implementado em 33 cidades de 22 países (WHO, 2007), este estudo procurou aferir as necessidades dos idosos das diferentes comunidades e modificar aspetos da cidade tendo por base os dados recolhidos. Os elementos das cidades avaliados foram: edifícios públicos e espaços abertos, transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Estes oito parâmetros da vida urbana foram baseados no conceito de envelhecimento ativo e identificados por comunidades-modelo amigas do idoso (Plouffe & Kalache, 2010).

Em Portugal, foram realizados estudos a nível nacional, com o projeto *cidades* (Pinto & Lopes, 2012), e a nível local em Viana do Castelo (Torres & Marques, 2008), Porto (Viana, 2010) e Aveiro (Centeio, et al., 2010). Estes estudos utilizavam como grelha conceptual a noção de Cidade Amiga do Idoso, mas não contemplavam relações com outras variáveis individuais (por exemplo, a relação com a solidão ou com a rede social pessoal). O presente estudo emerge, assim, por dois motivos: realização de um estudo local que verse o grau em

que Coimbra é amiga dos idosos; aprofundamento da metodologia de avaliação do grau de amizade da urbe que permita analisar a sua relação com outras variáveis.

ENVELHECIMENTO ACTIVO E QUALIDADE DE VIDA

O envelhecimento é simultaneamente uma das grandes conquistas e um dos grandes desafios da humanidade (Pedro, Cavalcanti-Bandos, Costa & Antunes, 2013). As questões que envolvem este tema são atualmente um campo de debate nas políticas sociais (Dias & Rodrigues, 2012). De acordo com a OMS (2002), envelhecimento ativo é um processo contínuo de otimização de condições que contribuem para a saúde, participação e segurança nas fases finais do ciclo vital, ou seja, condições que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (Boudiny, 2013). Desta forma, surge como um conceito que se aplica a todas as idades e não apenas aos idosos (Boudiny & Mortelmans, 2011). Esta definição de envelhecimento ativo estabelece uma clara relação entre as oportunidades de saúde e a qualidade de vida atingível pelas pessoas no seu processo de envelhecimento (Ribeiro, 2012), não se limitando a definir o envelhecer sem problemas de saúde física (NYAM, 2006). O bem-estar e saúde na velhice, numa perspectiva de envelhecimento saudável, engloba várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem significar necessariamente a ausência de problemas (Ramos, 2003). Um reducionismo biomédico de envelhecimento bem-sucedido, que tenha apenas em conta conceitos como sobrevivência, longevidade e morbilidade, não vai de encontro aos resultados existentes na bibliografia, nem mesmo às conceptualizações leigas (Fernandez-Ballesteros et al., 2010). O mesmo se aplica ao reducionismo de sentido inverso. Ou seja, é importante não só considerar a importância dos fatores psicossociais do envelhecimento mas também reconhecer as dificuldades e/ou doenças que advenham do envelhecimento biológico (Fernandez-Ballesteros, 2011).

O envelhecimento e as suas implicações individuais, sociais e económicas têm sido um alvo de interesse nas últimas décadas, levando a uma proliferação de conceitos para o definir, mais concretamente, para definir "um bom envelhecer" (Almeida, 2007). Os seus determinantes envolvem sistemas complexos de promoção de saúde, prevenção de doenças e fatores psicológicos, comportamentais e económicos (Alexandre, Cordeiro & Ramos, 2009). Englobando as condições culturais e sociais do idoso, o envelhecimento ativo reconstrói a cultura e a autonomia do idoso promovendo oportunidades para este requalificar a sua vida (Pereira, Alvarez & Traebert, 2011). No entanto, são notórias as dificuldades de definir unanimemente "envelhecimento ativo" (Boudiny & Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013). Ao

longo do tempo, este conceito sofreu reformulações (Pedro, Cavalcanti-Bandos, Costa & Antunes, 2013) havendo para Boudiny e Mortelmans (2011) uma distinção entre uma visão mais estreita e outra mais abrangente do conceito, apesar do foco de ambas ser na participação contínua dos idosos na sociedade, e do envelhecimento ser representado positivamente (Pedro, Cavalcanti-Bandos, Costa & Antunes, 2013). Esta temática envolve o repensar de outras definições como o de pessoas idosas e as próprias dinâmicas do envelhecimento (Dias e Rodrigues, 2012).

Envelhecimento ativo pode ser colocado num grupo de nomenclaturas englobadas pelo conceito de "envelhecer bem". Toma-se como sinónimo de envelhecimento ativo, o envelhecimento ótimo, bem sucedido, produtivo e saudável que são conceitos que surgiram recentemente (Fernández-Ballesteros, 2011). Porém, Ribeiro (2012) refere que, apesar de alguns autores não apresentarem distinções nocionais entre estes conceitos, pois "vêm axiomáticamente preconizado o conteúdo dos outros termos que veiculam uma imagem positiva do envelhecimento", há outros que reiteram a sua inespecificidade e nebulosidade. À semelhança de Boudiny e Mortelmans (2011), este autor sinaliza que as dificuldades de avaliar de modo eficaz este conceito e os seus determinantes mantêm-se como um grande constrangimento. Afirma ainda que a sua abrangência, apesar de vista como positiva, facilmente poderá perder esta valência se o termo for usado para se circunscrever apenas a determinantes específicos, como o exercício físico e funcionalidade. Para além das dificuldades em definir o conceito, Ranzijn (2010) refere que "envelhecimento ativo" transparece uma imagem restrita de envelhecer, que por vezes não está de acordo com as experiências e prioridades dos idosos, acabando por segregar alguns idosos e reforçar a exclusão social. Nesta linha de pensamento, Boudiny e Mortelmans (2011) sinalizam ainda que existe uma divergência entre aquilo que os idosos e os académicos consideram um envelhecimento ativo.

Apesar de haver uma definição formal do conceito pela OMS, que é adoptada no presente estudo (conjuntamente com a noção de Qualidade de Vida e Cidade Amiga do Idoso), podem ser identificadas algumas limitações. A partir da sua revisão de literatura, Ribeiro (2012) refere que há vários estudos que congregam uma crítica à visão determinista do modelo da OMS, sendo que esta apresenta o conceito como uma listagem de variáveis objetivamente mensuráveis. No mesmo artigo afirma que estes estudos reafirmam a necessidade de equacionar a extensão da aplicabilidade deste conceito e ponderar os riscos inerentes a uma definição demasiado objetiva e redutora. Neste sentido, o autor alerta para a possibilidade de envelhecimento ativo se tornar um conceito determinante de perfis demasiado restritivos e

promover uma marginalização, desvalorizando aqueles que não estarão capazes de ser "ativos". O conceito de envelhecimento ativo, paradoxalmente, poderá contribuir para a exclusão e, inversamente ao esperado, contrariar os seus objetivos iniciais. Moulaert e Paris (2013), após compararem o uso do conceito em diferentes meios apontam que "envelhecimento ativo" é ambivalente e não integra a noção do declínio das pessoas. Ao conceptualizar envelhecimento ativo, os investigadores devem ter atenção para não transmitirem uma visão demasiado otimista da velhice. A doutrina do envelhecimento ativo enaltece a participação contínua dos idosos na sociedade, em detrimento do descanso, o que poderá não ser benéfico (Boudiny, 2013). Desta forma, há o risco de perverter o conceito, passando este a funcionar como fator de exclusão, principalmente para os idosos mais velhos, se colocados padrões e expectativas demasiado altas (Boudiny & Mortelmans, 2011; Boudiny, 2013). Para Ribeiro (2012, p. 48) importa "reconhecer de modo equilibrado o contributo social e o impacto pessoal das atividades consideradas para a sua definição". Este autor conclui que "de um modo geral, envelhecimento ativo expressa a conquista do envelhecimento como uma experiência positiva, uma vida longa que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança".

Tomando em linha de conta as limitações supracitadas, um envelhecimento saudável pode ser considerado um conceito com indicadores objetivos e subjetivos, resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar, independência económica, emoções positivas, na maximização dos recursos psicológicos e cognitivos e manutenção de uma capacidade funcional (Ramos, 2003; Bowling & Iliffe, 2011; Fernández-Ballesteros, 2011).

Surgiu nas últimas décadas a necessidade de avaliar saúde a partir de outras medidas que não a morbilidade e mortalidade, sendo uma das evidências desta tendência o grande crescimento de publicações acerca da qualidade de vida (Fleck, 2006). O conceito de qualidade de vida surge inicialmente após ser considerado um valioso acréscimo aos conceitos tradicionais de saúde (WHOQOL Group, 1998) e o reconhecimento da sua importância para os estudos de saúde e cuidados sociais tem vindo a aumentar (Nejati, et al., 2008). Santos, Martins e Brito (2004) referem que este é um conceito abrangente que interliga várias abordagens e problemáticas. Segundo alguns autores (Browne et al., 1994; Alencar, Aragão, Ferreira & Dantas, 2010), não há um consenso acerca dos domínios e critérios que devem ser utilizados para definir e medir a qualidade de vida, sendo este conceito complexo e pode ter vários significados (Gomes et al., 2009; Gigantesco & Giuliani, 2011). Bowling e Stenner (2011) referem que isto se pode dever ao facto de muitos investigadores basearam os seus conceitos

e definições na sua opinião enquanto *experts* e não tendo em conta as indicações da população comum. Esta falta de consenso é corroborada por Alves (2011) e Xavier e colaboradores (2013), que referem a multiplicidade de escalas e testes desenvolvidos para medir a qualidade de vida de acordo com diferentes concepções, assim como pelo estudo de Bowling e Stenner (2011) que comparam alguns instrumentos de medida da qualidade de vida, especificamente no idoso. Apesar da grande diversidade conceptual, há uma convergência quando toca aos domínios, assim como ao reconhecimento de qualidade de vida como um conceito complexo, multidimensional e de natureza dinâmica (Gomes et al., 2009). Devido à ausência de um instrumento que avaliasse uniformemente a qualidade de vida nas diferentes culturas, e devido ao seu compromisso para a promoção de uma abordagem holística da saúde, a OMS criou o WHOQOL Group que engloba investigadores de diferentes regiões do mundo e teve como finalidade aperfeiçoar o conceito de qualidade de vida e desenvolver um instrumento que a permitisse medir (WHOQOL Group, 1995; Fleck, 2006). Embora se deva ter em consideração aspetos culturais (Adriano, Werneck, Santos & Souza, 2000) e grupais (Nejati et al., 2008) na definição de qualidade de vida, esta é definida pelo WHOQOL Group (1995, p. 1405) como "a perceção de um indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores onde se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". É um conceito alargado que incorpora, de uma forma complexa, a saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o meio ambiente. Podem-se identificar como características fundamentais deste conceito a subjetividade, multidimensionalidade (física, psicológica e social) e o facto de incluir tanto aspetos positivos (os que devem estar presentes para uma boa qualidade de vida) como os negativos (os que devem estar ausentes para haver boa qualidade de vida) (WHOQOL Group, 1995; Fleck, 2006).

Qualidade de vida e saúde são dois conceitos intimamente ligados (Adriano, Werneck, Santos & Souza, 2000), sendo a variável perceção de saúde das que se relaciona mais com a avaliação de qualidade de vida (Coenders, Casas, Batista-Foguet & Gonzalez, 2002; Silva, 2009), assim como a necessidade de cuidados médicos (Bryla, Burzynska & Maniecka-Bryla, 2013). Porém, a existência de doença e/ou de medidas médicas para as contrariar ou promover uma maior longevidade, não são condições suficientes para realizar uma avaliação da qualidade de vida (Alexandre, Cordeiro & Ramos, 2009; Fernandez - Ballesteros, 2010; Bowling & Iliffe, 2011; McGee, Morgan, Hickey, Burke & Savva, 2011).

Ao longo do envelhecimento, a qualidade de vida vai sendo cada vez mais determinada pela capacidade de manter autonomia e independência, assim como da maneira como as gerações

seguintes providenciam apoio e suporte (WHO, 2002). A qualidade de vida dos idosos depende, não só dos seus recursos intrínsecos, mas também da percepção do próprio acerca destes e da forma como interagem com o ambiente (Xavier et al., 2003). Na mesma linha de pensamento, McGee, Morgan, Hickey, Burke e Savva (2011) afirmam que reduzir a noção de qualidade de vida a fatores de saúde física, pode conduzir a distorções na representação da velhice. A qualidade de vida na velhice relaciona-se com a adaptabilidade vivida nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental (Pereira, Alvarez & Traebert, 2011). Guimarães, Scotti, Soares, Fernandes e Machado (2012), sugerem que a reflexão dos indivíduos sobre a sua qualidade de vida não se baseia apenas na avaliação do momento, mas engloba a comparação/consideração das suas experiências ao longo da vida. Segundo os mesmos autores, isto permite compreender uma satisfação com o apoio ambiental e da sua rede de relacionamentos apesar do declínio físico inerente à velhice. Em resumo, a qualidade de vida na velhice deve ser considerada em múltiplas dimensões, para além das questões de saúde (que eventualmente estarão limitadas ou comprometidas a partir de certa idade). Neste sentido, Paúl (2005) refere que conceitos tipo "guarda-chuva", como o de qualidade de vida, devem, devido à sua abrangência, considerar os aspetos valorizados pelos idosos para o seu bem-estar global. Não só devem considerar a saúde e bem-estar psicológico, mas também a satisfação com a vida e a satisfação com o ambiente social e físico em que estão inseridos.

CIDADES AMIGAS DOS IDOSOS

O envelhecimento da população e a crescente urbanização são duas realidades deste século. Juntas representam um duplo desafio que as cidades têm de enfrentar (Santinha & Marques, 2013). A busca de modalidades de organização coletiva com vista à promoção de um envelhecimento ativo com qualidade de vida tem pautado o desenvolvimento de medidas legislativas e programas políticos de ação (Lopes & Gonçalves, 2012). Nas cidades surgem alguns aspetos negativos associados às sociedades desenvolvidas, como por exemplo, a exclusão social e degradação ambiental (Santos, Martins & Brito, 2004). O novo panorama demográfico incita à criação, desenvolvimento e implementação de novos serviços, capazes de responder, não só às necessidades, como também aos recursos emergentes (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). "Cidades amigas dos idosos" é um conceito desenvolvido pela OMS para lidar com este duplo desafio. Uma cidade amiga do idoso reforça a sua qualidade de vida, criando condições de saúde, segurança e participação social e comunitária. Adapta estruturas e serviços tendo em conta as diferentes necessidades e capacidades dos idosos. Proporciona apoio e capacitação para compensar as mudanças físicas

e sociais associadas ao envelhecimento, contrariando o estereótipo de que as pessoas mais velhas já não podem contribuir para a comunidade (WHO, 2007), evitando aquilo que Alexandrescu (2012) refere como discriminação com base na idade, ainda presente, principalmente nos centros urbanos do nosso país (Pinto & Lopes, 2012). Para que isto aconteça é necessário reconhecer que as pessoas mais velhas têm várias capacidades e recursos, ser flexível quanto às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento, assim como respeitar as decisões e escolhas do seu estilo de vida. Emerge, neste contexto, a necessidade de proteção dos mais vulneráveis e da sua inclusão em todos os aspetos da vida comunitária.

Após ter realizado o estudo do Protocolo de Vancouver com *focus groups* de idosos e prestadores de cuidados e serviços em várias cidades do mundo, a OMS formulou uma lista e um guia para "Cidades amigas do idoso", que identificam dimensões relevantes para avaliar o grau de amizade de cada cidade para com os idosos. As oito dimensões apontadas nestes documentos são: Espaços Exteriores e Edifícios; Transportes; Habitação; Participação Social; Respeito e Inclusão Social; Participação Cívica e Emprego; Comunicação e Informação; Serviços Comunitários e de Saúde.

O desejo de aumentar a qualidade de vida num determinado local, numa determinada pessoa ou grupo, é um foco de atenção importante para o planeamento da cidade (El Din, Shalaby, Farouh & Elariane, 2013), sendo possível estas serem desenhadas de forma a possibilitar este incremento (Marans, 2012). Elali (1997) refere que a psicologia e a arquitetura se devem interligar para que os edifícios não visem apenas o estético, mas englobem a garantia da qualidade de vida da população. Estes podem ser avaliados tendo em consideração a sua propriedade de espaço "vivencial", para além dos aspectos físicos. Marotti, Tomasetto e Britez (2013), consideram que qualidade de vida também se refere à capacidade e condições do meio urbano em atender às necessidades dos seus habitantes. El Din e colaboradores (2013) assinalam que a qualidade de vida urbana não se refere à qualidade de vida apenas em áreas urbanas, mas em qualquer ambiente construído, seja urbano ou rural. De acordo com os mesmos autores, melhorar a qualidade de vida nas cidades parte da satisfação humana com os diferentes atributos urbanos (relacionados entre si), como o transporte, a qualidade dos espaços públicos, oportunidades de recreio, densidade populacional e de edifícios, a facilidade de acesso a todos os bens básicos e serviços, assim como a possibilidade de beneficiar de todas as medidas públicas efetuadas neste sentido.

A capacidade do ser humano de modificação e de aprendizagem permite que os indivíduos consigam otimizar os seus recursos biológicos, comportamentais e sociais ao longo do seu

envelhecimento, de forma a compensar os défices de uma idade mais avançada (Fernandez-Ballesteros, 2011). Neste sentido, uma cidade amiga do idoso deve mostrar-se como um ambiente de suporte para tornar as escolhas saudáveis mais fáceis, permitindo aos sujeitos adotar práticas pessoais positivas em qualquer altura da vida (WHO, 2007). O processo de envelhecimento em si pode ser visto como uma contínua adaptação tanto às capacidades inerentes a cada um, como ao exterior (Lawton & Nahemow, 1973). Devem ser adotadas medidas contra a perda de independência no dia-a-dia, sendo que a saúde e bem-estar da crescente população idosa deve ser uma prioridade (Ramos, 2003). Boudiny (2013) refere que a promoção de um envelhecimento ativo pode passar por medidas como a modificação do ambiente em que as pessoas se inserem (e.g. maior iluminação e remoção de barreiras estruturais). Pedro, Cavalcanti-Bandos, Costa e Antunes (2013) apontam que os idosos necessitam de ambientes que os apoiem e capacitem para compensar as alterações físicas e sociais decorrentes do envelhecimento.

Beard e Petitot (2010) referem que os dados científicos que relacionam saúde com ambiente urbano têm justificado uma continuação de investigação nesta área. Porém, Santinha e Marques (2013) colocam em evidência que, apesar de um aumento da bibliografia acerca da relação entre desenho da comunidade e qualidade de vida, existe uma lacuna de investigações suficientemente claras acerca das necessidades específicas da população idosa que permita o desenvolvimento de comunidades amigas das pessoas idosas.

Paúl (2005, p.284) alerta para a responsabilidade social na criação de "espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, garantir e fomentar a sua participação cívica a todos os níveis de decisão", referindo que o envelhecimento ativo, para além de uma tarefa de curso de vida, é um processo que diz respeito a todas as pessoas. A implantação e implementação de uma proposta de cidades saudáveis pressupõe um compromisso das autoridades locais com a qualidade de vida (Adriano, Werneck, Santos & Souza, 2000). Por ser um conceito amplamente aceite como indicador de um envelhecimento bem-sucedido, a sua monitorização permite medir a eficácia de medidas sociais, programas de solidariedade e prestação de cuidados de saúde (McGee, Morgan, Hickey, Burke & Savva, 2011).

Em suma, uma cidade amiga das pessoas idosas promove o envelhecimento ativo, não só beneficiando os idosos, como também crianças, jovens e adultos. A escolha do termo "*Age Friendly City*" pela OMS teve como objetivo explicitar isto mesmo: o envelhecimento ativo é um processo que ocorre ao longo da vida (Plouffe & Kalache, 2010). A tradução para português revela assim algumas limitações, uma vez que coloca o enfoque na velhice

("cidade amiga do idoso"). Com efeito, a tradução literal seria "cidade amiga da(s) idade(s)", o que traduziria de forma mais adequada os benefícios que todos os escalões etários poderiam beneficiar da sua implementação.

Em Portugal já foram realizados alguns estudos que tomam como ponto de partida as recomendações da OMS. Os estudos de Viana (2010) e Centeio e colaboradores (2010) utilizaram a metodologia de *focus group* proposta no protocolo de Vancouver delineado pela OMS para a avaliação das cidades amigas dos idosos.

Os idosos do Porto (Viana, 2010) referem negativamente aspetos dos espaços exteriores que interferem com a mobilidade dos mais velhos, assim como a antiguidade e más condições das habitações e edifícios. Consideram as atividades dirigidas à população geral como desajustadas aos seus interesses, e como tal expressam uma grande dependência em relação as atividades proporcionadas pelas instituições de apoio aos idosos. Quanto à Participação Cívica e Emprego, existe uma falta de oportunidades e um excesso de barreiras no acesso ao trabalho remunerado e voluntário, como de iniciativas específicas para os idosos.

Sobre a dimensão "Transportes" foram referidos aspetos tanto positivos (modificações nas zonas de embarque dos transportes e redução dos custos dos transportes para idosos) como negativos (alteração dos percursos normais, falta de sensibilidade dos condutores e criminalidade). Predominantemente positivos surgem os domínios "Comunicação e Informação" e "Serviços Comunitários e de Saúde". O primeiro sem aspetos negativos referidos, o segundo tendo como aspetos negativos o preço da medicação e pagamento de consultas médicas, emergindo um grau de satisfação elevado com as instituições de apoio social e com as entidades religiosas.

Os idosos de Aveiro (Centeio et al., 2010) identificaram como aspetos positivos a acessibilidade de alguns edifícios públicos, a comunicação e informação, e o respeito e inclusão social. Como negativos referenciaram o mau estado dos passeios e o ambiente físico dos transportes. A acessibilidade de informação acerca de atividades e eventos, assim como os espaços exteriores e edifícios, surgem tanto como positivos como negativos. Apesar de apontarem aspetos positivos em todos os tópicos, referem mais aspetos negativos, o que indicia maior facilidade em referir aspetos negativos, pois os positivos não causam transtorno. Os tópicos mais referidos centraram-se no ambiente físico (transporte, espaços exteriores e edifícios) e ambiente social (comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde). Menos referidos foram a participação social e cultural (respeito e inclusão social, participação social, participação cívica e emprego). A dimensão menos referida foi a habitação que parece ser encarada como uma responsabilidade individual.

O estudo de Pinto e Lopes (2012) utilizou uma metodologia diferente, com a adaptação da Lista de Verificação das Cidades Amigas dos Idosos da OMS para o formato de questionário, estruturado a partir de uma metodologia de identificação de presença/ausência de atributos na cidade. Este questionário foi aplicado a 1627 indivíduos com idade superior a 55 anos, distribuídos por 142 municípios.

Quanto aos "Espaços Exteriores e Edifícios", a circulação dos peões é vivida como insegura. Devido à urbanização há menos fruição dos espaços verdes em comparação com espaços habitacionais, comerciais e outros. Os espaços exteriores e os equipamentos sanitários públicos não têm condições adequadas às expectativas dos idosos, mas os edifícios públicos são vividos de forma mais positiva. No que toca aos "Transportes", apesar de nos grandes centros urbanos (Lisboa e Porto) não se verificar insatisfação na frequência e abrangência dos transportes públicos, esta é bastante acentuada no interior e Alentejo. Esta insatisfação acentua-se nos maiores de 75 anos e pode dever-se à dificuldade em aceder a serviços de saúde. Com o avançar da idade aumenta também a insatisfação com as condições para manter o conforto e a segurança dos indivíduos com mobilidade reduzida. Os parâmetros de maior satisfação no domínio dos transportes são a informação sobre os trajetos, a interação com os motoristas e com as condições das paragens (embora esta vá diminuindo com a idade).

Na dimensão "Habitação", as habitações não foram construídas tendo em conta o fator idade traduzindo-se em dificuldades de mobilização. As mesmas estão frequentemente degradadas sem condições de habitabilidade e conforto importantes para a manutenção de saúde. A "Participação Social" foi a dimensão mais positiva comparada com os outros domínios. O acesso a eventos não é vivenciado como discriminante, sendo pelo contrário vivenciado com sentimento de inclusão. Quanto ao "Respeito e Inclusão Social", os indivíduos consideram-se positivamente representados pelos *media*, apesar da consideração acerca da intergeracionalidade ter um valor mais modesto e o acesso aos serviços ter ficado abaixo da meia escala. Houve uma baixa participação nos processos de decisão (há uma tendência nacional geral e não apenas nesta população). Quanto à "Participação Cívica e Emprego" a satisfação com possibilidades de emprego é menor que a satisfação com possibilidades de voluntariado e verifica-se que discriminação etária acentua-se nos locais urbanos (onde é provável que haja maior concorrência jovem). Acerca da "Comunicação e Informação" os resultados foram positivos, contudo o acesso à internet poderia estar contemplado em algumas instituições onde foram feitos os inquéritos. Os aspetos mais negativos foram relativos aos conteúdos e a sua clareza nas mensagens (com a idade acentua-se a insatisfação). Por fim, no que respeita aos "Serviços Comunitários e de Saúde", foi apontado

que os espaços físicos dos serviços têm uma grande dispersão territorial (destaca-se alguma dificuldade de acesso) e que no interior esta dimensão colhe menos satisfação (devido à progressiva centralização dos serviços).

Para além das limitações referenciadas por alguns destes estudos, por exemplo no campo da amostragem (Centeio et al., 2010; Pinto & Lopes, 2012), não foram contempladas as relações entre características da cidade e outras variáveis, como a qualidade de vida.

COIMBRA, QUALIDADE DE VIDA E CIDADES AMIGAS DOS IDOSOS

Após uma revisão bibliográfica, concluiu-se que a qualidade de vida tem sido estudada em associação com várias patologias e fatores económicos, mas não existem estudos que a relacionem com aspetos da cidade. Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009), referem a importância de realizar estudos que possam ajudar a planear medidas públicas de forma a aumentar a qualidade de vida da população idosa. Beard e Petitot (2010) corroboram esta ideia, referindo a importância de os órgãos responsáveis pela implementação de mudanças, terem em conta as necessidades dos idosos e o ambiente onde se inserem.

O presente estudo, ao relacionar os dois conceitos, pretende avaliar de que forma cada dimensão da cidade de Coimbra afeta a qualidade de vida dos respondentes, facultando pistas para uma intervenção futura que incida nos aspectos da cidade mais associados à qualidade de vida da população.

O concelho de Coimbra, com uma área de 319,4 Km², é capital de distrito. Localiza-se no centro de Portugal, no Baixo Mondego, estando aproximadamente a 200 km da capital e a 115 Km da segunda maior cidade do País. Tem uma posição simultaneamente estratégica e periférica em Portugal, e organiza-se em torno da colina que inclui o Centro Histórico (Alta e Baixa), tendo continuamente crescido em torno do rio Mondego (Santos, 2013). De 1981 a 2010, Coimbra teve como temperatura máxima 41,6° e -4,6° de mínima (Instituto Português do Mar e Atmosfera).

Tem um elevado número de instituições de ensino superior, sendo que durante maior parte do ano existe um aumento de população transitória de estudantes. O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra é também um dos melhores do país, primeiro classificado no *ranking* referente ao ano de 2012, do Desempenho dos Hospitais Públicos (em regime de Internamento) em Portugal Continental (Costa & Lopes, 2014). Neste centro desenvolvem-se importantes investigações que decorrem em parceria com a universidade. A Universidade de Coimbra (Alta e Sofia), *ex-libris* da cidade, foi recentemente elevada ao estatuto de Património da Humanidade pela UNESCO (2013).

Coimbra tem 143.396 habitantes (66 941 do sexo masculino e 76 455 do sexo feminino). É atualmente constituída por 18 freguesias, após a acoplação de algumas das 31 anteriores. Segundo o Censos 2011 (FFMS, 2014), a densidade populacional é de 449 indivíduos por Km². O índice de dependência de idosos é de 29,7 % e o índice de envelhecimento salda-se nos 161,4%. O número de indivíduos em idade ativa por idoso (índice de sustentabilidade potencial) é 3,4 e o índice de longevidade de 48,2%. Ainda considerando os dados censitários para 2011, a população residente por grupo etário é de 9.713 habitantes com idades compreendidas dos 60 aos 64, 7.847 dos 65 aos 69, 7.067 dos 70 aos 74 e, 13.872 habitantes com idade igual ou superior a 75 anos. A população idosa (com mais de 60 anos) representa 20,4% da população Conimbricense. A caracterização desta população idosa poderá ainda ser complementada com dados da operação Censos Sénior 2014, realizada pela Guarda Nacional Republicana (GNR), que visava identificar situações de risco (determinado pelo contexto residencial). Nesta operação foram sinalizados, nas zonas policiadas pela Guarda, um total 1.565 idosos, dos quais 1 176 vivem sozinhos, 144 isolados, 170 sozinhos e isolados e 75 que se enquadram noutras situações que constituem algum risco apesar de não se enquadrarem nas categorias anteriores (como por exemplo, dois idosos que vivem juntos). Quanto ao tipo de habitação e propriedade, existem na totalidade 79.455 alojamentos, sendo 79.193 alojamentos familiares clássicos, 56 familiares não clássicos (incluem-se a barraca, o alojamento móvel, a casa rudimentar de madeira e o alojamento improvisado, entre outros não destinados à habitação) e 206 alojamentos coletivos (por alojamento coletivo entende-se os estabelecimentos hoteleiros e similares e os alojamentos de convivência).

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2012), as respostas sociais dirigida a pessoas idosas (com idade superior a 65 anos), comparativamente às dirigidas a outras faixas etárias, são as que apresentam maior número, ao longo do período de análise da Carta Social (2000-2012). O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) constitui a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 (62 %), seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (44%) e o Centro de Dia (31%). A natureza jurídica das entidades que as fornecem é variável, sendo que a maioria dos Serviços de Apoio Domiciliário são garantidos por entidades não lucrativas. Importa, contudo, salientar que ao nível nacional se tem verificado uma tendência para o aumento das respostas sociais de residência para idosos providenciadas por entidades lucrativas.

No concelho de Coimbra, em 2014 e segundo os dados do sítio eletrónico da Carta Social, as respostas sociais à população idosa são as seguintes: 5 equipamentos de Centro de Convívio

com um total de 355 utentes, para uma capacidade de 359; 30 equipamentos de Centro de Dia com um total de 735 utentes, para uma capacidade de 960; 3 equipamentos de Centro de Noite, com 25 utentes e uma capacidade para 40; 19 equipamentos de Estrutura Residencial para idosos (Lares e Residências), com 661 utentes e uma capacidade para 742; 37 equipamentos de Serviço de Apoio Domiciliário, que servem 1.054 utentes para uma capacidade máxima 1.314. Estes resultados sugerem que, apesar do crescimento da população idosa acima referenciado, existem ou estão a ser desenvolvidas medidas de apoio para lidar com as necessidades emergentes.

Tendo em consideração a caracterização do perfil da comunidade à qual o presente estudo pretende dar voz, e a ausência de estudos ao nível nacional que relacionem os conceitos de cidade amiga do idoso e qualidade de vida, foram definidos os seguintes os objectivos:

1. Analisar as propriedades psicométricas da adaptação da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas do Idoso e avaliar a sua adequação como instrumento de avaliação para a utilização em estudos futuros, devido à ausência de instrumentos que permitam relacionar outras variáveis com a variável cidade.
2. Estudar o grau em que Coimbra é uma "cidade amiga do idoso" nas oito dimensões consideradas e a sua relação com determinadas variáveis sociodemográficas (idade, habilitações académicas e rendimentos).
3. Estudar a relação entre os vários domínios de qualidade de vida dos idosos e os oito aspetos da cidade considerados.
4. Identificar dimensões da cidade passíveis de melhorias tendo em consideração a sua relação com a qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Procedimentos

Devido à variedade de concepções acerca de envelhecimento ativo e qualidade de vida, neste estudo optou-se por considerar as definições da OMS. Como noutros estudos feitos acerca das cidades amigas do idoso, este também parte de uma abordagem *Bottom-Up*, envolvendo a população alvo no processo, tendo em conta as suas sugestões e necessidades. Permitirá dar voz aos beneficiários diretos do projeto, em vez de contar apenas com o conhecimento teórico dos técnicos. Neste estudo, é recolhida informação quantitativamente através de um questionário sobre a opinião acerca dos aspetos mais pertinentes da cidade, existindo também a possibilidade do inquirido contribuir com sugestões. Todos os procedimentos estatísticos

descritos foram executados no SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 17.0 para o Windows) e considerou-se um nível de 5% de significância. No início da realização deste estudo, a entidade promotora (Instituto Superior Miguel Torga) ainda não dispunha de uma Comissão de Ética. No entanto, foi solicitada a autorização das instituições e participantes para a recolha da informação. Na folha de rosto é explicado aos utentes as questões de confidencialidade, o objetivo do estudo, metodologia e colaboração voluntária pretendida, implícita ao responder ao questionário.

Instrumentos

Questionário de dados pessoais

Este questionário é composto por 13 questões e inclui os seguintes parâmetros: género, idade, estado civil, profissão e respetiva situação profissional, perceção de saúde, presença de problema de saúde, habilitações literárias, tipo de habitação, rendimentos, composição do agregado (com quem vive e número de pessoas no agregado) e necessidade de utilizar apoios à deslocação. A escolha das questões a incluir teve em conta o protocolo de Vancouver e os dados solicitados no WHOQOL-Bref.

WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref visa avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos (Canavarro et al., 2007), tendo como base conceptual a definição de qualidade de vida da OMS. Este questionário constitui a versão abreviada do WHOQOL-100, tendo sido desenvolvido pelo WHOQOL Group devido à necessidade de um instrumento mais curto, onde os detalhes a nível de cada faceta não sejam necessários, com menor duração de aplicação, mas mantendo características psicométricas satisfatórias (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; Fleck, 2006). Este instrumento foi validado para a Portugal por Canavarro et al. (2007), a partir da versão portuguesa do WHOQOL-100. As várias fases deste procedimento, podem ser consultadas nos estudos de Canavarro et al. (2006), Rijo et al. (2006), Vaz Serra et al. (2006a; 2006b). Segundo o estudo de validação, o WHOQOL-Bref é conceptualmente fundamentado, tendo uma boa robustez psicométrica e é uma medida adequada para medir a qualidade de vida em Portugal, em alternativa ao WHOQOL-100. Apesar do questionário ter sido desenvolvido como de autoresposta, a sua aplicação pode (quando a situação o exige) ser feita através de entrevista ou assistida pelo entrevistador. Não necessita de um nível mínimo de instrução. Engloba 26 itens (alfa de Cronbach de .92), numa escala de Likert de 5 pontos, que avaliam 4 domínios: Físico (7), Psicológico (6), Relações Sociais (3) e Ambiente (8). Inclui ainda uma faceta para qualidade de vida geral (2) (Canavarro et al., 2007).

Lista de Verificação de Caraterísticas Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (adaptação)

A Lista de Verificação de Caraterísticas Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas foi desenvolvida tendo em conta as preocupações expressas por pessoas mais velhas e pelos seus prestadores de serviços, com base nos resultados da consulta relativa ao projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas (WHO, 2007) e foi destinada a ser usada por indivíduos ou grupos interessados em tornar as suas cidades mais amigas das pessoas idosas. É uma ferramenta de autoavaliação das cidades, e também um instrumento para avaliação do progresso realizado. A lista é composta por 84 itens, distribuídos em 8 dimensões que avaliam diferentes áreas da vida urbana (WHO, 2007): Espaços exteriores e edifícios (12), Transportes (17), Habitação (7), Participação Social (8), Respeito e Inclusão Social (9), Participação Cívica e Emprego (8), Comunicação e Informação (11), e Serviços Comunitários e de Saúde (12). A adaptação realizada para efeitos do presente estudo manteve todos os itens na íntegra, sendo adicionada, de forma a quantificar o grau de satisfação com cada item, uma escala de Likert com 5 pontos: 1 – “Totalmente inadequada para si”; 2 – “Inadequada para si mas aceitável para a maioria das pessoas”; 3 – “Minimamente aceitável para todos”; 4 – “Aceitável para todos”; 5 – “Boa”. Dá-se a pontuação de 0 para a possibilidade de “Não sei/Não responde” ou “Não se aplica”. No final do questionário foi incluído um espaço destinado a sugestões ou comentários que os respondentes queiram fazer. As respostas aos itens visam entender a opinião individual de cada participante sobre diversos aspetos da cidade, medindo assim a satisfação e perceção geral dos indivíduos idosos. Os estudos de fidedignidade apresentam elevada consistência interna em todos os domínios ($\alpha = 0,87$ - Espaços exteriores e edifícios; $\alpha = 0,92$ - Transportes; $\alpha = 0,84$ - Habitação; $\alpha = 0,89$ - Participação Social; $\alpha = 0,88$ - Respeito e Inclusão Social; $\alpha = 0,89$ - Participação Cívica e Emprego; $\alpha = 0,87$ - Comunicação e Informação; $\alpha = 0,91$ - Serviços Comunitários e de Saúde). A inclusão dos dados referentes a um domínio do questionário de um determinado sujeito depende do preenchimento de um número mínimo de questões. Os domínios em que o respondente apresentava mais que uma resposta "Não sei / Não Respondo" não eram contabilizados. No caso de respostas "Não se aplica", estas não eram contabilizadas, mas não invalidavam o cálculo da média. Desta forma, como se poderá observar abaixo nos resultados, os diferentes domínios têm um n total diferente entre si, assim como do total da amostra (215 indivíduos) (ver tabela 2). Esta decisão baseou-se na consideração da diferença entre o não conhecimento ou a decisão de não resposta a uma questão (ex. "não sei se há ciclovias") e o considerar que alguma afirmação não se aplica ao sujeito e/ou à realidade da

cidade (ex. "esta questão não se aplica porque não há/eu não uso ciclovias"). A média da pontuação total dos domínios é transformada numa escala de 0-100, de forma a possibilitar comparações entre domínios do questionário e análises correlacionais com o WHOQOL-Bref.

Participantes

A população avaliada compreende indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na urbe estudada, à semelhança do requerido pelo *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* (WHO, 2007). A amostra é não probabilística, por conveniência, tendo sido contactadas, num primeiro momento, universidades seniores e centros de dia da cidade de Coimbra para a recolha da amostra. Não foram incluídos indivíduos institucionalizados, ou seja, indivíduos internados sem possibilidade de sair. Numa segunda fase, recorreu-se ao método de bola de neve para aumentar a amplitude da amostra. Este método é adequado quando se pretende inquirir mais indivíduos com o mesmo tipo de características (Biernacki & Waldorf, 1981). Foram aplicados 231 questionários, sendo que a taxa de desistência foi de 3,9% (9) e foram descartados 3% (7) dos questionários por não cumprirem os requisitos mínimos de inclusão. Estes requisitos incluem o preenchimento dos parâmetros "freguesia", "idade" e "sexo" (os restantes dados pessoais podiam ser deixados em branco), uma idade mínima de 60 anos e moradia numa das freguesias do concelho Coimbra. A amostra final compreende 215 pessoas.

Os participantes têm idades compreendidas entre 60 e 90 anos, com uma média de 71 anos. À semelhança dos outros estudos realizados em Portugal, a percentagem de indivíduos de sexo feminino é mais elevada, compondo dois terços (66%) da amostra. A maioria dos inquiridos é casada (56%) ou viúva (28%), reformada (86%), tendo desempenhado uma profissão categorizada como especialista das atividades intelectuais e científicos (25%) (Classificação Portuguesa das Profissões 2010, 2011). A maioria percebe a sua saúde como suficiente (46%) ou boa (35,8%) e apenas aproximadamente um décimo (10,7%) dos inquiridos utiliza um apoio à deslocação. Os inquiridos possuem habitação própria (74,9%) e vivem com a sua família nuclear (51,2%) na freguesia de Santo António dos Olivais (64,2%). Um número substantivo não respondeu às questões do rendimento próprio (22,8%) e do agregado familiar (51,2%) e, dos que responderam, o intervalo do rendimento próprio mais comum foi de 501 a 800 € (18,6%). Quanto ao rendimento do agregado familiar houve simultaneamente dois intervalos mais comuns, o de 501 a 800€ e o de 1501 a 2500€ (ambos com 13,5%).

Tabela 1. Caraterização da amostra

Grupo Etário	n	%	Género	n	%
Idosos Jovens (60-74 anos)	153	71,2	Feminino	142	66
Idosos Idosos (≥ 75 anos)	62	28,8	Masculino	73	34
Perceção de Saúde			Estado civil		
Excelente	5	2,3	Solteiro(a)	17	7,9
Boa	77	35,8	Casado(a)	120	55,8
Suficiente	99	46	União de Facto	2	0,9
Fraca	30	14	Divorciado(a)	10	4,7
NS/NR	4	1,9	Separado(a)	3	1,4
Problemas de Saúde			Viúvo(a)	60	27,9
Sim	48	22,3	NS/NR	3	1,4
Não	159	74	Situação Profissional		
NS/NR	8	3,7	Reformado	185	86
Usa algum apoio à deslocação			Trabalhador a tempo inteiro	6	2,8
Sim	23	10,7	Trabalhador a tempo parcial	1	0,5
Não	187	87	Outra	11	5,1
NS/NR	5	2,3	NS/NR	12	5,6
Com quem vive			Tipo de Habitação		
Sozinho	63	29,3	Própria	161	74,9
Família nuclear	110	51,2	Arrendada	45	20,9
Família alargada	17	7,9	Lar/Internamento	3	1,4
Não Familiares	5	2,3	Outro	4	1,9
Família nuclear e alargada	14	6,5	NS/NR	2	0,9
Família nuclear e não familiares	1	0,5	Freguesia		
Família alargada e não familiares	2	0,9	Eiras e São Paulo de Frades	19	8,8
Família nuclear, alargada e não familiares	1	0,5	União das Freguesias de Coimbra (Sé Nova, Almedina, Santa Cruz e São Bartolomeu)	13	6
NS/NR	2	0,9	Santo António dos Olivais	138	64,2
Rendimento Próprio			São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades	25	11,6
Até 350	22	10,2	Santa Clara e Castelo Viegas	10	4,7
351-500	33	15,3	Souselas	3	1,4
501-800	40	18,6	Torres do Mondego	2	0,9
801-1500	43	20	São Silvestre	2	0,9
1501-2500	27	12,6	Taveiro, Ameal e Arzila	2	0,9
Mais de 2500	1	0,5	Ceira	1	0,5
NS/NR	49	22,8	Classe Profissional		
Rendimento do Agregado Familiar	n	%	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigente, diretores e gestores executivos	2	0,9
até 350	4	1,9	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	54	25,1
351-500	10	4,7	Técnicos e profissões de nível intermédio	34	15,8
501-800	17	7,9	Pessoal administrativo	22	10,2
801-1500	29	13,5	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	20	9,3
1501-2500	29	13,5	Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura, de pesca e de floresta	1	0,5
Mais de 2500	16	7,4	Trabalhadores qualificados de indústria, construção e artífices	10	4,7
NS/NR	110	51,2	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	6	2,8
			Trabalhadores não qualificados	34	15,8
			Nenhum	3	1,4
			NS/NR	29	13,5

RESULTADOS

Neste ponto apresentam-se os resultados quantitativos decorrentes da análise estatística dos dados recolhidos. No ponto seguinte, discussão dos resultados, serão igualmente incluídos, quando pertinentes, os resultados qualitativos decorrentes dos espaços definidos para comentários e sugestões dos inquiridos.

Tabela 2. Estatística descritiva da percentagem dos domínios da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas

	N	M (Dp)	Md	Mo	Min	Max
1. Espaços Exteriores e Edifícios	188	39,3 (16,5)	39,6	50,0	0,0	79,2
2. Transportes	158	40,0 (17,0)	40,9	50,0	2,9	89,1
3. Habitação	169	34,8 (17,4)	35,7	39,29a	0,0	92,9
4. Participação Social	179	40,9 (20,1)	40,6	50,0	0,0	90,6
5. Respeito e Inclusão Social	170	36,8 (18,8)	37,5	50,0	0,0	93,8
6. Participação Cívica e Emprego	162	25,5 (18,8)	25,0	,00a	0,0	93,8
7. Comunicação e Informação	161	37,9 (17,6)	40,0	50,0	0,0	84,1
8. Serviços Comunitários e de Saúde	162	44,5 (18,6)	45,8	47,9	0,0	89,6

a. Existem múltiplas modas

A partir da Tabela 2 pode-se observar que todas as médias são inferiores a 50%, indiciando um nível de satisfação situado entre o inadequado para o respondente mas aceitável para a maioria das pessoas e o minimamente aceitável para todos. O domínio percecionado como mais negativo foi "Participação Cívica e Emprego" (25,5%), enquanto "Serviços Comunitários e de Saúde" surgiu com a melhor avaliação subjetiva (44,5%).

Verifica-se que, dentro do domínio "Serviços Comunitários e de Saúde", os itens que obtiveram pontuação média mais elevada foram: "Os serviços de apoio domiciliário incluem cuidados de saúde, cuidados pessoais e limpeza da casa" (n=169, m=3,06, mo=3, dp= 1,174); "Todos os funcionários são respeitadores, prestáveis e possuem formação para prestar serviços a pessoas mais velhas" (n=179, m=3,04, mo=3, dp=1,032); "As instalações dos serviços de saúde e dos serviços de apoio à comunidade têm uma construção segura e são completamente acessíveis" (n=180, m= 2,97, mo=3, dp=1,174). No domínio "Participação Social", os itens com melhor avaliação foram: "As atividades e os eventos podem ser frequentados por pessoas sozinhas ou acompanhadas." (n=177, m=3,01, mo=3, dp=1,069); "Os locais para a realização de eventos e atividades têm uma localização conveniente, são acessíveis, bem iluminados e de fácil acesso através de transportes públicos." (n=188, m=2,9, mo=3, dp=1,14); "As atividades e os espetáculos têm um preço acessível, sem custos de participação ocultos ou adicionais." (n=166, m=2,81, mo=3, dp=1,025). No domínio "Transportes" os itens com pontuação média mais elevada foram: "Os sinais de trânsito e os cruzamentos são visíveis e estão bem localizados." (n=184, m=3,14, mo=3, dp=1,105); "Os motoristas param nas paragens assinaladas e junto ao passeio, de modo a facilitar o embarque, e esperam que os passageiros se sentem antes de retomarem a marcha." (n=181, m=3,01, mo=3, dp=1,206); "Os veículos são limpos, bem cuidados, acessíveis, não circulam

sobrelotados e têm lugares sentados prioritários, sendo essa prioridade respeitada." (n=186, m=2,91 mo=3, dp =1,097). O domínio "Habitação" obteve a segunda menor taxa de satisfação geral. As perguntas que mais refletiram essa insatisfação foram: "É disponibilizada, a nível local, habitação em número suficiente, a um preço acessível e com os serviços adequados, para pessoas mais velhas frágeis e com incapacidades." (n=173, m=1,96, mo=1, dp=1,036); "Existem serviços de manutenção de habitações e serviços de apoio em número suficiente e a um preço acessível" (n=165, m=2,04, mo=1, dp = 0,943); "Existem opções e materiais de modificação do lar a preços acessíveis e os fornecedores destes serviços compreendem as necessidades das pessoas mais velhas." (n=169, m=2,19, mo=2 e dp=1,052). No domínio com pior taxa de satisfação, "Participação Cívica e Emprego", as questões com menor pontuação média são: "É facultada aos trabalhadores mais velhos formação nas opções pós-reforma." (n=168; m=1,92, mo=1 e dp=1,023); "É fomentada a existência de um conjunto de oportunidades flexíveis e adequadamente pagas, para que as pessoas mais velhas possam trabalhar." (n= 162, m=1,78, mo=1 e dp=0,926); "São favorecidas e apoiadas as opções de emprego por conta própria para pessoas mais velhas." (n= 163, m= 1,76, mo= 1 e dp 1,011). As variáveis selecionadas para a análise mais detalhada ("Grupo Etário", "Habilitações Literárias", "Rendimento Próprio" e "Rendimento do Agregado") prendem-se com os critérios da OMS para a formação dos grupos focais usando a metodologia do protocolo de Vancouver. Neste protocolo é proposta a criação de grupos com diferentes idades (idosos jovens e idosos idosos) e diferente *status* socioeconómico. Neste estudo, tomaram-se como indicadores do *status* socioeconómico as variáveis anteriormente referidas (habilitações académicas e rendimentos).

Tabela 3. Perceção dos domínios da cidade segundo a faixa etária (Médias, Desvio-Padrão e Teste T)

	Idosos Jovens (60-74 anos)		Idosos Idosos (≥75 anos)		Sig. (Bi-lateral)
	n	M (Dp)	n	M (DP)	
1. Espaços Exteriores e Edifícios	135	39,5 (17,7)	53	39,0 (13,3)	0,861
2. Transportes	120	39,4 (17,5)	38	41,8 (15,4)	0,451
3. Habitação	123	34,2 (18,1)	46	36,5 (15,6)	0,454
4. Participação Social	127	41,5 (21,0)	52	39,6 (17,9)	0,561
5. Respeito e Inclusão Social	122	36,3 (19,1)	48	38,0 (18,1)	0,584
6. Participação Cívica e Emprego	116	25,6 (19,1)	46	25,1 (18,1)	0,861
7. Comunicação e Informação	110	38,2 (17,8)	51	37,3 (17,4)	0,767
8. Serviços Comunitários e de Saúde	113	44,5 (19,8)	49	44,5 (15,4)	0,980

Foi realizado o teste T de Student para grupos independentes para comparar as pontuações nos diferentes domínios da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas do Idoso, consoante as faixas etárias. Utilizou-se o corte estipulado pelo protocolo de Vancouver, o que permite a construção de dois agrupamentos: "idosos jovens" com idades compreendidas entre os 60 e os 74; "idosos idosos" com mais de 75 anos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as faixas etárias em todos os domínios (domínio 1, $t(186) = 0,86$; domínio 2, $t(156) = 0,45$; domínio 3, $t(167) = 0,45$; domínio 4, $t(177) = 0,56$; domínio 5, $t(168) = 0,58$; domínio 6, $t(160) = 0,86$; domínio 7, $t(159) = 0,77$; domínio 8, $t(160) = 0,98$; $p=0,05$). Pode-se afirmar que o avanço da idade não parece influenciar a perceção dos domínios da cidade.

Tabela 4. Perceção dos domínios da cidade segundo as habilitações literárias (Médias, Desvio-Padrão e ANOVA)

	Até ao 1º ciclo		Até ao 3º ciclo		Secundário ou Superior		F	Sig.
	n	M (Dp)	n	M (Dp)	n	M (Dp)		
1. Espaços Exteriores e Edifícios	64	41,8 (15,8)	56	38,9 (13,6)	66	37,4 (19,3)	1,2	0,317
2. Transportes	49	43,0 (19,4)	53	38,7 (13,2)	53	38,5 (18,0)	1,1	0,325
3. Habitação	58	35,0 (18,4)	54	33,9 (15,9)	54	33,9 (17,1)	0,1	0,917
4. Participação Social	62	45,7 (22,1)	56	39,5 (19,2)	57	36,8 (17,4)	3,2	0,045
5. Respeito e Inclusão Social	57	38,5 (17,0)	52	36,7 (19,2)	57	33,5 (18,2)	1,1	0,330
6. Participação Cívica e Emprego	55	25,3 (20,1)	52	25,6 (18,7)	51	23,8 (16,0)	0,1	0,864
7. Comunicação e Informação	54	40,5 (17,2)	52	36,3 (17,6)	52	35,0 (16,6)	1,5	0,224
8. Serviços Comunitários e de Saúde	56	45,0 (18,6)	53	45,2 (20,3)	50	42,1 (16,7)	0,4	0,647

Foi realizada uma ANOVA para explorar a relação das habilitações académicas com a perceção dos diferentes domínios da cidade. Os inquiridos foram categorizados em 3 grupos de acordo com a sua escolaridade (Grupo 1: educação até ao 1º ciclo; Grupo 2: 2º e 3º ciclo; Grupo 3: Ensino Secundário ou Superior). Como pode ser observado na tabela 3, houve apenas uma diferença estatisticamente significativa, relativa ao domínio "Participação Social": $F(2, 174) = 3,163$, $p = 0,045$. As comparações Post-hoc, usando o teste Tukey HSD, indicaram que há uma diferença significativa entre a média do grupo 1 ($M = 45,7$, $Dp = 22,1$) e a média do grupo 3 ($M = 36,9$, $Dp = 17,4$); ou seja, sujeitos com mais habilitações académicas percebem de forma mais negativa a dimensão "Participação Social".

Tabela 5 - Perceção dos domínios da cidade segundo o rendimento próprio (Médias, Desvio-Padrão e ANOVA)

	Até 350€		De 351 a 500€		De 501 a 800€		De 801 a 1500€		Mais de 1500€		F	Sig.
	n	M (Dp)	n	M (Dp)	n	M (Dp)	n	M (Dp)	n	M (Dp)		
1. Espaços Exteriores e Edifícios	20	38,7 (14,9)	28	38,0 (18,4)	36	44,2 (14,7)	37	37,1 (16,8)	24	40,0 (18,6)	0,9	0,419
2. Transporte	15	38,2 (14,8)	23	40,2 (17,5)	30	42,8 (16,7)	34	42,0 (18,6)	20	35,3 (17,7)	0,7	0,597
3. Habitação	17	30,9 (11,6)	26	36,9 (15,3)	34	35,5 (18,9)	36	35,4 (20,6)	19	32,7 (14,4)	0,4	0,803
4. Participação Social	21	48,9 (18,7)	24	43,5 (20,3)	34	43,9 (21,7)	42	38,6 (20,1)	19	37,1 (17,7)	1,3	0,265
5. Respeito e Inclusão Social	17	40,0 (16,7)	25	39,4 (18,4)	34	37,6 (17,1)	37	35,2 (20,2)	20	36,7 (18,8)	0,3	0,878
6. Participação Cívica e Emprego	16	26,5 (18,5)	19	30,4 (17,2)	33	26,0 (20,7)	39	22,0 (17,8)	19	26,7 (13,6)	0,8	0,561
7. Comunicação e Informação	13	43,1 (17,3)	25	42,4 (15,2)	33	39,5 (15,8)	33	33,8 (18,8)	20	36,4 (17,6)	1,3	0,27
8. Sistemas Comunitários e de Saúde	14	46,5 (14,0)	23	45,2 (17,9)	33	45,2 (21,3)	35	43,7 (19,3)	20	44,7 (12,9)	0,1	0,99

Foi realizada uma ANOVA para explorar a relação do rendimento próprio com a perceção dos diferentes domínios da cidade. Os inquiridos foram categorizados em 5 grupos de acordo com o seu rendimento (Grupo 1: até 350 €; Grupo 2: de 351 a 500€; Grupo 3: de 501 a 800€; Grupo 4: de 801 a 1500€; Grupo 5: Mais de 1500€). Como pode ser observado na tabela 5, não houve diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6. Perceção dos domínios da cidade segundo o rendimento do agregado familiar (Médias, Desvio-Padrão e ANOVA)

	até 800€		de 801 a 1500€		mais de 1500€		F	Sig.
	n	M (Dp)	N	M (Dp)	n	M (Dp)		
1. Espaços Exteriores e Edifícios	25	41,6 (15,1)	28	40,9 (19,7)	43	41,2 (16,7)	0,0	0,988
2. Transporte	18	40,2 (18,0)	27	40,4 (22,4)	35	39,7 (15,3)	0,0	0,987
3. Habitação	24	36,7 (21,1)	28	33,4 (21,5)	35	32 (14,0)	0,5	0,627
4. Participação Social	26	47,5 (22,8)	29	35,6 (22,7)	37	34,5 (15,5)	3,6	0,03
5. Respeito e Inclusão Social	22	40,5 (21,6)	28	32,2 (19,5)	37	32,5 (17,2)	1,5	0,233
6. Participação Cívica e Emprego	22	28,3 (23,1)	27	23,4 (18,7)	35	20,2 (13,5)	1,4	0,259
7. Comunicação e Informação	22	42,7 (21,9)	26	35,7 (18,5)	35	35,6 (15,2)	1,2	0,302
8. Sistemas Comunitários e de Saúde	25	47,2 (22,6)	26	39,9 (21,1)	34	44,2 (15,5)	0,9	0,414

Foi realizada uma ANOVA para explorar a relação do rendimento do agregado familiar com a perceção dos diferentes domínios da cidade. Os inquiridos foram categorizados em 3 grupos de acordo com o rendimento do seu agregado familiar (Grupo 1: rendimento até 800 €; Grupo

2: rendimento entre 801 e 1500€; Grupo 3: mais de 1500 €). Como pode ser observado na tabela 6, houve apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < .05$, relativamente ao domínio "Participação Social" nos 3 grupos: $F(2, 92) = 3,6$, $p = 0,03$. As comparações Post-hoc, usando o teste Tukey HSD, indicaram que há uma diferença significativa entre a média do grupo 1 ($M = 47,5$, $Dp = 22,8$) e a média do grupo 3 ($M = 34,5$; $Dp = 15,5$). A média do grupo 2 ($M = 35,6$, $Dp = 22,7$) não se distinguiu significativamente dos restantes. O rendimento do agregado familiar influencia a perceção deste domínio, mas tal apenas se verifica entre o grupo com menor rendimento e o grupo com maior rendimento.

Tabela 7. Correlação entre os domínios da cidade e os domínios do WHOQOL-Bref (Correlação de Pearson)

	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
1. Espaços Exteriores e Edifícios	0,145	-0,074	0,032	0,086	,212**
2. Transportes	,228**	-0,074	0,136	-0,049	,198*
3. Habitação	,169*	0,002	,161*	0,029	,212**
4. Participação Social	0,132	-0,05	0,055	-0,027	,231**
5. Respeito e Inclusão Social	,179*	-0,054	0,094	0,035	,211*
6. Participação Cívica e Emprego	0,099	-0,134	-0,122	-,241**	0,029
7. Comunicação e Informação	0,105	-0,067	0,063	-0,036	,230**
8. Serviços Comunitários e de Saúde	,283**	0,019	,189*	-0,012	,309**

** Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral)

* Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral)

A partir da tabela 7 pode-se verificar que o domínio de qualidade de vida "Geral" está relacionado com a perceção de quatro aspetos da cidade: Transportes ($p < 0,01$), Habitação ($p < 0,05$), Respeito e Inclusão Social ($p < 0,05$) e Serviços Comunitários e de Saúde ($p < 0,01$). O domínio "Físico" não se correlaciona significativamente com nenhuma das dimensões da cidade. O domínio "Psicológico" correlaciona-se a um nível de 0,05 com a Habitação e com os Serviços Comunitários e de Saúde. Existe uma correlação negativa entre "Participação Cívica e Emprego" e "Relações Sociais" ($p < 0,01$). O domínio "Ambiente" do WHOQOL-Bref está positivamente correlacionado com todos os domínios da Lista de Verificação, excepto com o domínio "Participação Cívica e Emprego". Todas as correlações do domínio "Ambiente" são significativas ao nível de 1%, à exceção do domínio "Respeito e Inclusão Social", significativa ao nível de 5%.

Tabela 8. Número e tema dos comentários realizados no questionário

Tema/Domínio	Número de comentários
1. Espaços Exteriores e Edifícios	13
2. Transportes	6
3. Habitação	3
4. Participação Social	2
5. Respeito e Inclusão Social	4
6. Participação Cívica e Emprego	0
7. Comunicação e Informação	1
8. Serviços Comunitários e de Saúde	1
Outros	
Importância da iniciativa/tema do questionário	2
Acessibilidade do questionário	12
Nenhum aspeto do estudo	2
Total	46

Por último, importa registar que 39 inquiridos (18,4% do total) fizeram comentários no espaço reservado para esse efeito. No total foram tecidos 46 comentários, devido a alguns respondentes referirem mais que um aspeto. Estes foram agrupados de acordo com o tema, de forma a avaliar quais os aspetos mais referidos. 30 comentários reportavam-se a aspectos da cidade, enquanto 16 referiam-se a outros aspectos, principalmente à acessibilidade do questionários. Dos primeiros, é de salientar que o domínio que mereceu mais comentários foi “Espaços Exteriores e Edifícios”, sendo que a “Participação Cívica e Emprego” não deteve qualquer observação.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao primeiro objetivo deste estudo, a análise das propriedades psicométricas da adaptação da lista para questionário, verificou-se que todos os domínios apresentaram um boa consistência interna (min- $\alpha = 0,84$; máx - $\alpha = 0,92$). Existe validade concorrente, devido às correlações da faceta "Ambiente" com todos os domínios da adaptação da Lista de Verificação, exceto com o domínio "Participação Cívica e Emprego". Desta forma, pode-se afirmar que a adaptação da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas mede o que se propunha medir. Apesar destes aspetos positivos, os respondentes sentiram dificuldades na resposta à escala. Os inquiridos comentaram repetidamente a generalidade e pouca especificidade dos itens/afirmações, assim como a inadequação da escala de Likert para responder ao inquérito. Estes comentários foram tecidos na seção de comentários do questionário (ex. "acho este questionário muito complexo, cansativo, longo"; "as questões, na sua maioria são demasiadamente abrangentes e pouco

passíveis de responder de forma concreta e real"), diretamente ao investigador ou posteriormente aos responsáveis das instituições. A longevidade da bateria aplicada foi referenciada como um fator desmotivante no preenchimento dos questionários. Afigura-se necessária uma reflexão acerca da adequação da lista enquanto instrumento de avaliação, propondo-se as seguintes possibilidades de melhoramento: alteração da escala de Likert ou utilização de uma escala dicotómica de resposta (ex. verdadeiro/falso); redução do número de itens (ex. realização de um estudo exploratório em *focus group* com idosos e técnicos que permita a identificação dos itens a incluir/remover).

Os domínios percecionados com maior satisfação pela amostra foram os "Serviços Comunitários e de Saúde", "Participação Social" e "Transportes". Por outro lado, os que obtiveram menores índices de satisfação foram os domínios "Participação Cívica e Emprego", "Habitação" e "Respeito e Inclusão Social".

O estudo qualitativo com recurso a *focus groups* de Centeio et al. (2010) aponta os "Espaços Exteriores e Edifícios" e "Transportes" como os mais indicados pela negativa. Já a "Habitação", "Respeito e Inclusão Social", "Participação Social" e "Participação Cívica e Emprego" foram os tópicos menos referidos. As diferenças metodológicas poderão justificar a diferença entre não referenciar/comentar ou classificar um item pejorativamente. Os três tópicos apontados como os mais negativos no estudo de Coimbra pertencem ao grupo dos menos referidos no estudo de Aveiro. Sugere-se que, no formato de questionário, a lista implica necessariamente uma resposta por parte do inquirido, de sentido positivo ou negativo (como se verifica neste caso), permitindo assim avaliar aspectos da cidade que a metodologia qualitativa, ao admitir a ausência de comentários, não destaca.

A maior satisfação com o domínio "Serviços Comunitários e de Saúde" pode ser vista à luz da qualidade do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, tendo este uma posição lisonjeadora no ranking de Costa e Lopes (2014), e da designação da Universidade de Coimbra como "Sítio de Referência" pela Comissão Europeia (2013) devido à sua implementação de práticas inovadoras para aumentar a eficiência de sistemas de saúde e de cuidado social, no âmbito da "*Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*". Este domínio foi dos mais comentados no estudo de Centeio et al. (2010, p.377), onde os participantes aveirenses "enunciaram como principal aspeto positivo o fato de os serviços de saúde e apoio domiciliário responderem às suas necessidades". Por outro lado, os idosos do Porto (Viana, 2010) aparentam referir mais os serviços comunitários do que os de saúde, com destaque para os serviços religiosos e para as instituições de apoio social, demonstrando assim uma diferença entre a satisfação com os serviços de saúde nas diferentes cidades. A

disponibilidade de diversos serviços de saúde distribuídos geograficamente pela cidade de Coimbra aparenta solucionar os problemas do panorama nacional, referidos no estudo de Pinto e Lopes (2012), de dispersão territorial e consequente dificuldade de acesso, e da centralização dos serviços.

A menor pontuação média no domínio "Participação Cívica e Emprego" pode refletir, em parte, a elevada taxa de desemprego e crise económica vivida no país atualmente. Em 2013, valores da taxa de desemprego atingiram os 16,2% da população (FFMS, 2014). Desta forma, pode haver um maior descontentamento com as possibilidades de voluntariado, formação e emprego, não só no período pós-reforma, mas por todas as faixas etárias. Centeio et al. (2010) referem que os idosos de Aveiro veem as experiências de voluntariado e a diversidade de locais para o fazer como o aspeto mais positivo deste parâmetro, sendo que alguns partilham a experiência em lares de idosos e nas igrejas. A falta de oportunidades de trabalho remunerado para as pessoas idosas é apontado negativamente, apesar de considerarem que estas não devem tirar o emprego aos mais novos. Os idosos do estudo de Pinto e Lopes (2012) referem maior satisfação com as possibilidades de voluntariado que com as possibilidades de emprego, sentindo maior discriminação etária nos centros urbanos. Desta forma, é possível verificar que a insatisfação com as oportunidades de emprego não são sentidas apenas em Coimbra.

Os itens com maior pontuação no domínio "Serviços Comunitários e de Saúde" dizem respeito não só às condições dos serviços hospitalares mas também a uma satisfação em relação à boa formação, pessoal e profissional, dos funcionários que trabalham nos vários serviços. O maior nível de satisfação envolve as iniciativas de apoio ao domicílio. Pode-se ter em consideração iniciativas promovidas pela Câmara Municipal como a "Teleassistência ao Domicílio" implementada em 2004, que disponibiliza uma central de emergência 24 horas por dia, para os idosos com mais de 65 anos. Quanto aos itens do parâmetro "Transportes" com melhor pontuação, sublinha-se a satisfação elevada com a atenção dos motoristas para com os idosos e com a adequação dos sinais de trânsito. Apesar da satisfação global este parâmetro não ficou isento de críticas e observações. Tome-se, a título de exemplo, a satisfação com o item "Os veículos são limpos, bem cuidados, acessíveis, não circulam sobrelotados e têm lugares sentados prioritários, sendo essa prioridade respeitada" e o comentário "As viaturas públicas são um nojo, de tão sujas". Uma possibilidade para esta disparidade poderá ser o facto de se avaliarem diferentes parâmetros no mesmo item. Alguns inquiridos poderão não estar satisfeitos com a limpeza e cuidados dos veículos, mas estar satisfeitos com a disponibilidade de lugares prioritários ou a não sobrelotação dos transportes.

É possível que esta falta de especificidade dos itens influencie a pontuação observada nos itens, mas a sua decomposição em itens mais específicos tornaria a escala ainda mais morosa. Face ao parâmetro "Habitação", e apesar de serem disponibilizados programas de apoio financeiro à recuperação e/ou reabilitação de edifícios degradados em toda a área do Município de Coimbra (RECRIA, RECRIPH, RAESD e SOLARH), assim como pela Câmara Municipal, os idosos manifestam baixa satisfação no item "Existem serviços de manutenção de habitações e serviços de apoio em número suficiente e a um preço acessível" ($n=165$, $m=2,04$, $mo=1$ e $dp = 0,943$). Os idosos poderão considerar que os serviços não têm um preço acessível ou são em número insuficiente. Por outro lado, poderão não ter conhecimento destas iniciativas, como as da disponibilização de habitações em bairros camarários, justificando a baixa pontuação do item "É disponibilizada, a nível local, habitação em número suficiente, a um preço acessível e com os serviços adequados, para pessoas mais velhas frágeis e com incapacidades." ($n= 173$, $m=1,96$, $mo =1$, $dp = 1,036$). É também uma possibilidade que "serviços de manutenção" seja um conceito visto diferentemente pelos inquiridos e pelos responsáveis das iniciativas anteriormente referidas ou que as habitações e apoios providenciados não vão de encontro às necessidades dos idosos, refletindo assim a baixa pontuação no item "Existem opções e materiais de modificação do lar a preços acessíveis e os fornecedores destes serviços compreendem as necessidades das pessoas mais velhas." ($n= 169$, $m= 2,19$, $mo = 2$ e $dp= 1,052$). Sugere-se um aprofundamento destas questões. No domínio "Participação Cívica e Emprego" estão os itens com as mais baixas pontuações médias do questionário: "É fomentada a existência de um conjunto de oportunidades flexíveis e adequadamente pagas, para que as pessoas mais velhas possam trabalhar." ($n= 162$, $m=1,78$, $mo = 1$ e $dp=0,926$) e "São favorecidas e apoiadas as opções de emprego por conta própria para pessoas mais velhas." ($n= 163$, $m= 1,76$, $mo= 1$ e $dp 1,011$). Sugere-se a possibilidade dos idosos não sentirem valorizadas as suas capacidades de trabalho. Da mesma forma, contribui para esta conclusão a baixa satisfação com "É facultada aos trabalhadores mais velhos formação nas opções pós-reforma." ($n= 168$; $m= 1,92$, $mo= 1$ e $dp= 1,023$). Estas pontuações associadas a comentários como "Hoje em dia na generalidade não é reconhecido o contributo das pessoas mais velhas. São consideradas um peso para as pessoas em idade de trabalhar" ou "Ninguém quer saber das pessoas mais velhas ou da sua utilidade e direitos sociais. São tratadas como pessoas mais novas" parecem demonstrar as imagens sociais negativas acerca da velhice que a amostra considera ainda persistirem.

O fato de não haver distinção na percepção dos diferentes domínios da cidade entre os dois grupos etários sugere que a percepção das condições da cidade de Coimbra são transversais à(s) idade(s). No estudo de Aveiro, os grupos de "idosos novos" referiram mais aspetos positivos e os grupos de "idosos velhos" mais aspetos negativos. Como justificação destes resultados, os autores sugerem questões relacionadas com a acessibilidade e limitações funcionais dos sujeitos com idades mais avançadas, usualmente mais confinados às suas habitações e/ou centros de dia, não tendo o mesmo acesso à informação que os mais novos têm. Pinto e Lopes (2012) referem que a insatisfação com a frequência e abrangência dos transportes públicos acentua-se nos idosos do interior com mais de 75 anos, podendo tal dever-se à dificuldade em aceder aos serviços de saúde. Sugere-se que a ausência de diferenças entre os dois grupos etários neste estudo pode traduzir o sucesso das medidas desenvolvidas pela comunidade para ajudar os idosos à medida que envelhecem. Como exemplos apontam-se as iniciativas "Uma mesa para os avós" para ajudar idosos carenciados ou a iniciativa "Croché Social" que possibilita juntar pessoas de classes socioeconómicas diferentes, recorrendo à partilha de recursos e o estabelecimento de uma relação afetiva entre as pessoas e o espaço em que se movimentam e habitam.

Relativamente à influência das habilitações literárias na percepção da cidade, Shapiro (2006) refere que famílias com níveis mais altos de habilitações académicas podem influenciar a qualidade de vida local através do envolvimento próprio ou político na comunidade. O domínio "Participação Social" não é dos que se correlaciona mais com a qualidade de vida. No entanto, verificou-se que os inquiridos com um grau académico maior estão menos satisfeitos com as possibilidades de participação social, refletindo uma maior insatisfação com a acessibilidade, variedade, preço, condições do espaço e informação acerca dos eventos sociais da cidade. Isto sugere a necessidade e o desejo que os idosos com mais habilitações académicas têm de assistir a eventos que satisfaçam as suas necessidades culturais. A amostra estudada vai ao encontro do fenómeno que Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca (2006) referem como um número progressivamente crescente de idosos com capacidades intelectuais intactas, com maior formação e interesse em permanecer ativos. No mesmo sentido, Centeio et al. (2010) indicam que os idosos de Aveiro com maior idade e menores habilitações académicas tomam menos iniciativa e participam menos nos debates acerca dos diferentes aspetos da cidade. Apesar do acesso a eventos não ser vivenciado como um espaço de discriminação etária pelos idosos portugueses (Pinto e Lopes, 2012), os idosos conimbricenses com maiores habilitações não estão satisfeitos com o atual acesso a eventos na cidade de Coimbra.

A perceção dos aspetos da cidade não foi influenciada pela variável "Rendimento Próprio". Contudo, de forma semelhante ao parâmetro habilitações literárias, o rendimento do agregado familiar relaciona-se negativamente com "Participação Social". Em linha de conta com os dados de Aveiro, este resultado poderá simbolizar, não apenas um descontentamento com o tipo de atividades ou de eventos promovidos na cidade, mas sim uma maior exigência e confiança em afirmar o seu descontentamento com elas. Sugere-se a realização de estudos qualitativos para averiguar a natureza desta relação.

A qualidade de vida geral está correlacionada com vários domínios da cidade. Uma maior satisfação com os "Transportes" está intimamente associada a uma maior qualidade de vida geral. Isto poderá dever-se à mobilidade que os transportes facultam, pois mobilidade e envelhecimento saudável reforçam-se mutuamente (Din, Mandell & Bhatti, 2013). A mobilidade está implícita na valorização da acessibilidade aos equipamentos, serviços e diversas atividades (Gomes et al. 2009), permitindo assim melhores oportunidades para um bom envelhecimento (Din, Mandell & Bhatti, 2013). Este resultado vai de encontro ao estudo de Santos, Martins e Brito (2004), em que os habitantes do Porto referem a mobilidade e as infraestruturas viárias como um dos mais importantes fatores para a sua qualidade de vida. Apesar de ser o domínio com a terceira maior taxa de satisfação, a cidade é descrita (no campo das sugestões/comentários) como estando "organizada para os transportes particulares" e que "os transportes públicos não estão adequados a pessoas idosas". As viaturas são "suja" e são vistas como "pouco frequentes e pouco pontuais".

Existe uma relação significativa entre qualidade de vida geral e a perceção acerca das "Habitações" de Coimbra, sendo que pessoas que consideram que as habitações têm melhores condições (abrigo adequado, situam-se em zonas seguras e próximas dos serviços, permitem liberdade de movimentos, etc.), têm uma melhor perceção de qualidade de vida. A determinação da causalidade da relação entre os dois domínios não é clara, apesar desta relação já ter sido estudada por Coenders, Casas, Batista-Foguet e Gonzalez (2002) levando-os a afirmar que a avaliação satisfatória das condições de habitação contribuiu para a perceção de qualidade de vida dos idosos da cidade de Girona.

O domínio "Respeito e Inclusão Social" obteve também uma correlação positiva com a qualidade de vida "Geral". O respeito pelas necessidades específicas do idoso e a sua inclusão nas diversas atividades poderá criar um maior sentimento de pertença e de utilidade que muitas pessoas desta faixa etária, contrariando os fenómenos de contracção da rede social na velhice (Sluzki, 1996).

Como referido anteriormente, a perceção de saúde relaciona-se intimamente com a qualidade de vida (Adriano, Werneck, Santos & Souza, 2000, Coenders, Casas, Batista-Foguet & Gonzalez, 2002; Silva, 2009). Tendo isto em conta, a correlação entre a satisfação com os "Serviços Comunitários e de Saúde" (tendo sido este domínio o que obteve maior taxa de satisfação), com a qualidade de vida geral não é um resultado surpreendente. Ao contrário de outras localidades, nomeadamente o interior de Portugal (Pinto & Lopes, 2012), a proximidade e acessibilidade destes serviços à comunidade idosa, devido às diversas localizações dos pólos dos CHUC, poderá justificar esta maior satisfação com o domínio.

Ao contrário do expectável, devido às mudanças e dificuldades que o avançar da idade acarreta, os diferentes domínios da cidade não influenciam a qualidade de vida física dos idosos de Coimbra.

Verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre o domínio "Psicológico" do WHOQOL-Bref com as facetas "Habitação" e "Serviços Comunitários e de Saúde". A reflexão acerca deste resultado pode ser feita por duas vias. Existe a hipótese em que idosos com maior qualidade de vida "psicológica" percecionem as suas habitações e os serviços comunitários e de saúde como melhores, ou inversamente, melhores condições de habitação e de acesso aos ditos serviços, aumentem qualidade de vida psicológica nestes indivíduos. Esta última hipótese é corroborada por Santos, Martins e Brito (2004), que afirmam que a habitação pode ser vista como uma condição material de qualidade de vida, sendo para os habitantes do Porto um parâmetro de grande importância. Da mesma forma Beard e Petitot (2010, p. 440) postulam que "o design das habitações pode influenciar a saúde e a perceção de bem-estar social". Pinto e Lopes (2012) sinalizam que as habitações em Portugal, não foram construídas tendo em conta a idade como fator, traduzindo-se em dificuldades de mobilização, e degradação da habitabilidade e conforto, que por sua vez, se traduzem em pior qualidade de vida. Foram tecidas sugestões como "apoios financeiros, para a conservação dos imóveis" e "as juntas de freguesia deviam ter um técnico para fazer pequenos reparos domésticos tal como mudar uma lâmpada, consertar uma torneira que pinga, tratar persianas que não funcionam. Isto seria pago pelo idoso conforme as suas possibilidades" de forma similar aos idosos aveirenses (Centeio et al., 2010).

Existe uma correlação negativa entre o domínio "Participação Cívica e Emprego" e a faceta "Relações Sociais" do WHOQOL-Bref. Uma maior satisfação com o domínio "Relações Sociais" da qualidade de vida traduz-se numa maior satisfação com as relações pessoais, apoio recebido dos amigos e com a sua vida sexual. A dimensão "Participação Cívica e Emprego" da Lista de Verificação foca-se nas oportunidades de voluntariado, emprego,

formação, consideração pelas pessoas idosas nos locais de trabalho e de tomada de decisões (WHO, 2007). Sugere-se a possibilidade de uma maior insatisfação com os aspetos mais pessoais e privados retratados pela faceta "Relações Sociais" poderão levar a considerar as oportunidades de índole profissional e pública, de emprego e voluntariado, como mais atrativas. A significância desta relação merecerá, no entanto, um aprofundamento em estudos subsequentes.

O domínio "Ambiente" do WHOQOL-Bref está positivamente correlacionado com todos os domínios da cidade, à exceção de "Participação Cívica e Emprego". Todas as correlações do domínio "Ambiente" são significativas. Desta forma, pode-se afirmar que uma maior pontuação nos vários domínios da perceção da cidade está associada a uma maior perceção de qualidade de vida ambiental.

De forma similar ao estudo de Centeio et al. (2010), o maior número de comentários negativos neste estudo dizem respeito ao parâmetro "Espaços Exteriores e Edifícios". Os comentários prendem-se principalmente com a dificuldade de movimentação dentro e fora de edifícios, e com a consideração pelas pessoas que usam apoio à deslocação. Tome-se como exemplos "Os passeios são estreitos ou inexistentes.", "Melhorar os acessos públicos em geral às pessoas com dificuldades físicas para se deslocarem a pé ou cadeira de rodas" e "Passeios rebaixados para cadeiras de rodas. Existem instituições públicas sem acesso a cadeira de rodas". Sugere-se que o maior número de comentários e a ausência de correlação com vários parâmetros da qualidade de vida, poderá significar uma consciencialização das necessidades das pessoas com deficiência física e dificuldades de mobilidade, que estes indivíduos poderão experimentar no futuro, apesar de 87% da amostra não as ter atualmente. No estudo de Viana (2010, p. 58) com idosos do Porto, verifica-se que estes também "referem aspetos, como os grandes declives, as más condições dos pavimentos, os obstáculos nos passeios e a acumulação de lixo, que contribuem para um ambiente desagradável e inseguro".

O domínio com o segundo maior número de comentários associado foi o "Transportes". As críticas são tecidas à sua acessibilidade ("As pessoas mais velhas têm de viver sozinhas em casa porque não têm transportes acessíveis e ao preço dos transportes das cidades"), adequação ("Os transportes públicos não estão adequados a pessoas idosas, a deficientes, a crianças e mães com filhos pequenos") e condições ("As viaturas públicas são um nojo, de tão sujas", "Não são frequentes nem pontuais", "A rede de transportes é complicada"). Apesar de ser um dos domínios com maior taxa de satisfação, e estar correlacionado com duas facetas da qualidade de vida, são apontadas algumas críticas. Desta forma, a melhoria neste parâmetro parece ser relevante.

O único comentário referente a "Serviços Comunitários e de Saúde" ("acesso relativamente bom ao sistema de saúde público mas recorro a privadas para especialidade") vai de encontro aos seus bons resultados no estudo.

Houve um único tópico que não foi referido nos comentários, sendo este o "Participação Cívica e Emprego". O seguinte comentário, categorizado como pertencendo ao domínio "Respeito e Inclusão Social" – "Hoje em dia na generalidade não é reconhecido o contributo das pessoas mais velhas. São consideradas um peso para as pessoas em idade de trabalhar" – parece indiciar uma distinção entre as pessoas idosas e as pessoas em "idade de trabalhar". Aparenta estar implícita a ideia que os idosos não estão em idade de trabalhar ou contribuir para a sociedade. Recomenda-se o aprofundamento desta questão noutros estudos. Existe a possibilidade de haver uma inadequação das opções da escala de Likert às perguntas deste domínio.

O segundo maior número de comentários referiu-se ao questionário em si. Foi criticada a sua (in)acessibilidade, complexidade e longevidade ("acho este questionário muito complexo, cansativo, longo. há muitas questões que desconheço", "o inquérito inclui perguntas muito abrangentes o que implica dificuldades para responder de uma forma assertiva", "as questões por serem feitas de modo generalizado, são de difícil resposta concreta"). Como foi referido anteriormente, estes comentários sugerem a necessidade de produzir alterações ao questionário.

CONCLUSÕES

Este estudo permite observar, não apenas a perceção que os idosos têm da cidade em que vivem, mas também quais as dimensões da cidade que apresentam relações significativas com a qualidade de vida. Desta forma, verifica-se que os domínios que se relacionam com mais parâmetros da qualidade de vida são os "Serviços Comunitários e de Saúde" e "Habitação". Ambos têm correlações com o domínio "Geral" e "Psicológico" (para além da correlação com o domínio "Ambiente", que seria expectável). No entanto, a satisfação dos idosos com estes domínios da cidade é diferente. A satisfação com os "Serviços Comunitários e de Saúde" é a mais elevada, enquanto a satisfação com o domínio "Habitação" é a segunda mais baixa, sinalizando-se assim como uma área passível de melhorias e intervenção, cujos efeitos se podem repercutir num aumento da qualidade de vida. Por outro lado, a manutenção da qualidade de vida em Coimbra parece estar intimamente relacionada com a manutenção das políticas e dos próprios serviços de saúde.

Os "Transportes" e "Respeito e Inclusão Social" correlacionam-se com duas dimensões da qualidade de vida ("Geral" e "Ambiente"). Como referido anteriormente, o domínio "Transportes" obtém uma das pontuações mais elevadas (quando comparado com os restantes domínios) apesar de serem identificados aspetos a melhorar. Já o domínio "Respeito e Inclusão Social" obteve um grau baixo de satisfação, sendo a terceira pontuação mais baixa. Esta insatisfação significa que os idosos de Coimbra sentem não haver consideração por eles na comunidade, nos serviços e família (WHO, 2007), tendo sido tecidos comentários como "os idosos são uma classe a abater para evitar despesas ao Estado", "Ninguém quer saber das pessoas mais velhas ou da sua utilidade e direitos sociais", "É necessário melhorar as condições de vida para os idosos urgentemente, inclui-los no seio das comunidades" e "hoje em dia na generalidade não é reconhecido o contributo das pessoas mais velhas".

As principais limitações do estudo revolvem em torno da adaptação da Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Esta não aparentou ser um instrumento amigável para a população em estudo devido aos aspetos referidos anteriormente. A amostra possui também algumas características que poderão limitar a sua generalização à cidade como um todo. A amostra é maioritariamente reformada (86%), sendo metade residente de uma única freguesia (Santo António dos Olivais, 64,2%). É importante salientar a diferença entre o número de idosos jovens e idosos idosos que participaram no estudo, em que os últimos não chegam a atingir um terço da amostra. Esta discrepância poderá mascarar algumas necessidades dos mais velhos.

A abrangência do conceito Cidade Amiga do Idoso torna a sua medição quantitativa difícil. Apesar da Lista de Verificação original ser baseada em sugestões de 33 cidades, não foram tidas em conta as adaptações culturais e linguísticas necessárias para ser utilizada como um questionário para uma população leiga portuguesa. Da mesma forma que na adaptação portuguesa do WHOQOL-100 (Rijo et al., 2006) foi necessário introduzir a faceta portuguesa "*Poder Político*", poderá haver necessidade de rever as características associadas a uma cidade amiga dos idosos portuguesa. A replicação do presente estudo noutras cidades poderá permitir uma comparação inter-cidades a nível nacional.

Para estudos futuros, propõe-se o desafio da (re)construção de um questionário que reflita com maior precisão as necessidades cidadinas da população idosa portuguesa e a exploração do domínio "Participação Cívica e Emprego" que apresenta os menores valores de satisfação e, surpreendentemente, correlação negativa com o domínio "Relações Sociais" da qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Adriano, J., Werneck, G.; Santos, M. & Souza, R. (2000). A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 53-62.
- Alencar, N., Aragão, J., Ferreira, M. & Dantas, E. (2010). Avaliação de qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbanos e rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (1), 103-109.
- Alexandre, T., Cordeiro, R. & Ramos, L. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*; 43 (4), 613 - 621.
- Alexandrescu, A. (2012). Social Economy and Active Ageing: an integrated response to the challenges of Modern Society in *Journal of Social Economy*, 11 (2), 86 - 101.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem Sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise... . *Fórum Sociológico*, 17, 17 - 24.
- Alves, E. (2011). Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3 (1), 16-23. doi: 10.3895/S2175-08582011000200002
- Beard, J. & Petitot, C. (2010). Ageing and Urbanization: can cities be designed to foster active ageing?. *Public Health Reviews*, 32 (2), 427 - 450.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling. *Sociological Methods & Research*, 10 (2), 141-163.
- Boudiny, K. & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: towards a broader understanding of "active ageing". *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7 (1), 8-14.
- Bowling, A. & Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults; *Quality of Life Outcomes*; 9, 13-23. doi:10.1186/1477-7525-9-13.
- Bowling, A. & Stenner, P. (2011). Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 65, 273 - 280. doi:10.1136/jech.2009.087668
- Browne, J. et al. (1994). Individual Quality of life in the healthy elderly; *Quality of Life Research*, 3, 235-244.
- Bryla, M., Burzynska, M. & Maniecka-Bryla, I. (2013). Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 181-192.

- Canavarro, M. et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal; *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp- 15-23.
- Canavarro, M. et al. (2007). WHOQOL-Bref. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde; Simões, M; Machado, C., Gonçalves, M. e Almeida, L. (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*, III; Coimbra: Quarteto Editora
- Centeio, H., Dias, S., Rito, S., Santinha, G., Vicente, H. & Sousa, L. (2010). Aveiro: cidade amiga das pessoas idosas!?!; *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (3), 369 - 381.
- Coenders, G., Casas, F., Batista-Foguet, J. & González, M. (2002). Living Conditions, Interviewer Effects and perceived well-being of the Elderly. A Multiple Correspondence Analysis Approach. *Developments in Social Science Methodology*, 125 - 144.
- Costa, C. & Lopes, S. (2014). *Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (internamento) em Portugal Continental*. ENSP- UNL; Lisboa. Retirado de <https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/projectos>
- Dias, I. & Rodrigues, E. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento.; Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. pp. 179-201. Lisboa, Lidel edições técnicas
- Din, N., Mandell, N. & Bhatti, A. (2013). Healthy Aging: the Role of Community Groups in Facilitating Social Integration. *The Journal of Aging in Emerging Economies*, 4 (1)
- El Din, H., Shalaby, A., Farouh, A. & Elariane, S. (2013) Principles of Urban Quality of Life for a Neighborhood. *Housing and Building National Research Center Journal*, 9, 86 - 92.
- Elali, G. (1997) Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar; *Estudos de Psicologia*, 2 (2), 349 - 362.
- European Comission. (2013). *Active & Healthy Ageing: EU cities and regions get star ratings to recognise excellent projects* [Press Release]. Retirada a 8/1/15 de: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-633_en.htm?locale=en
- Farzianpour, F., Arab, M., Hosseini, S.M. , Pirozi, B. & Hosseini, S. (2012). Evalutation of quality of life of the elderly population covered by healthcare centers of Marivan and the Influencing Demographic and Background Factors in 2010. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 14 (11), 695 - 696. doi: 10.5812/ircmj.1834

- Fernández - Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes; *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. Retirado de: www.euro.centre.org/data/1313680990_22195.pdf
- Fernández - Ballesteros, R. et al. (2010). The concept of ‘ageing well ’ in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30, 41–56. doi:10.1017/S0144686X09008587
- FFMS. (2014). População residente segundo os Censos: total e por sexo. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Alojamentos segundo os Censos: total e por tipo. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Densidade populacional segundo os Censos. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Índice de dependência de idosos segundo os Censos. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Índice de envelhecimento segundo os Censos. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Índice de longevidade segundo os Censos. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Número de indivíduos em idade ativa por idoso segundo os Censos. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). Percentagem total de desempregados em Portugal. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 8 de Janeiro de 2015, de www.pordata.pt
- FFMS. (2014). População residente segundo os Censos: total e por grupo etário. *PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado a 16 de Março de 2014, de www.pordata.pt

- Fleck, M. (2006). O projeto WHOQOL: desenvolvimento e aplicações; *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), pp. 5-13.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2012). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2012*. Lisboa: Centro de Informação e Documentação GEP. Retirado a 13/5/2014 de <http://www.cartasocial.pt/relatorios.php#>
- Gigantesco, A. & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47 (4), 363 - 372. doi: 10.4415/ann_11_04_07
- Gomes, C., et al. (2009). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. *Sociedade e Território*, 42
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137 - 144.
- Guimarães, A.; Scotti, A., Soares, A., Fernandes, S. & Machado, Z. (2012). Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 661-670.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Resident population projections 2012-2060* [Press Release]; Retirada de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Português do Mar e Atmosfera (IPMA). (2014). *Normais Climatológicas - 1981-2010 (provisórias) - Coimbra*. Acedido a 13/5/14 e disponível em <https://www.ipma.pt/pt/oclima/normais.clima/1981-2010/006/>
- Júnior, E. & Trindade, J. (2013). Avaliação de qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (3), 473 - 479.
- Lawton, M. & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process; Eisendorfer, C & Nahemow, L. (1973). *The psychology of adult development and aging*. APA, Washington DC, pp 464 - 488.

- Lopes, A. & Gonçalves, C. (2012). Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas.; Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. pp. 203-229. Lisboa, Lidel edições técnicas
- Marans, R. (2012). Quality of urban life studies: An overview and implications for environment-behaviour research. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35, 9-22. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.02.058
- Marotti, E., Tomasetto, E. & Britez, E. (2013). Sustentabilidade Urbana: A cidade como Qualidade de Vida; *Revista Thêma et Scientia*,, 2 (2)
- McGee, H., Morgan, K., Hickey, A., Burke, H. & Savva, G. (2011). Quality of Life and Beliefs About Ageing. Barret, A., Savva, G., Timonen, V. & Kenny, R. (2011). *Fifty Plus in Ireland: First Results from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)*. The Irish Longitudinal Study on Ageing, Trinity College Dublin. Acedido em: <http://tilda.tcd.ie/publications/reports/>
- Moulaert, T. & Paris, M. (2012). Social Policy on Ageing: The Case of "Active Ageing" as a Theatrical Metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1 (2), 113 - 123. doi: 10.11114/ijsss.vli2.141
- Nejati, V. et al. (2008). Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. *Middle East Journal of Age and Ageing*, 5 (2), 21 - 25.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social. *Sociologia*, 15, 275-287. Acedido em: ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf
- Pedro, M., Cavalcanti-Bandos, M., Costa, A. & Antunes, E. (2013). Políticas públicas para o envelhecimento ativo. *Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas: aproximando agendas e agentes*. UNESP, Araraquara (SP)
- Pereira, K., Alvarez, A. & Traebert, J. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção de qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (1), 85 - 95.
- Pinto, T. & Lopes, A. (2012). *cIDADES amigas das pessoas idosas? Implicações e Recomendações de um Estudo Nacional: o que dizem os munícipes, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços* Acedido em www.cidades.projectotio.net
- Plouffe, L. & Kalache, A. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging; *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87 (5), 733-739.

- Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 793-798.
- Ranzijn, R. (2010). Active Ageing - Another way to oppress marginalized and disadvantaged elders?: Aboriginal elders as a case study. *Journal of Health Psychology*, 15, 716-723. doi: 10.1177/1359105310368181
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento "ativo" e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número Temático: Envelhecimento demográfico, 33 - 52.
- Rijo, D. et al. (2006). Especificidades da avaliação da Qualidade de Vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100; *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), pp. 25-30.
- Santinha, G. & Marques, S. (2013). Repensando o fenómeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade de pedestres. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, (2), 393 - 400.
- Santos, L., Martins, I. & Brito, P. (2004). O conceito de qualidade de vida urbana na perspectiva dos residentes na cidade do Porto. *Estudos Regionais*, 9
- Santos, N. (2013). Coimbra: a organização da cidade e o centro histórico urbano.; Em Alberto, J. & Sposito, M. (Eds.) (2013). *A nova vida do velho centro nas cidades portuguesas e Brasileiras*. Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território, Porto
- Shapiro, J. (2006). Smart cities: quality of life, productivity, and the growth effects of human capital. *The review of Economics and Statistics*, 88 (2), 324 - 335.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto
- Skevington, S., Lotfy, M. & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group; *Quality of Life Research*, 13, 299 - 310.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistematica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Torres, M. & Marques, E. (2008). Envelhecimento ativo: um olhar multidimensional sobre a promoção de saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. *VI Congresso Português de Sociologia*

- UNESCO (2013). *Decisions adopted by the World Heritage Committee at it's 37th session (Phnom Penh)*; 208-209. Retirado de <http://whc.unesco.org/en/list/1387/documents/>
- Vaz Serra, A. et al. (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal; *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 31-40.
- Vaz Serra, A. et al. (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- Bref) para Português de Portugal; *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp.41-49.
- WHO (2002). *Active ageing: A policy Framework.*; Geneva: World Health Organization
- WHO (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.*; Geneva: World Health Organization
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Xavier, F.; Ferraz, M.; Marc, N.; Escosteguy, N. & Moriguchi, E. (2003). Elderly people's definition of quality of life; *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 25 (1), 31-39.

APÊNDICES